



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

A ARTE DE TRATAR A ALMA

Gisela Fragoso

Orientador: Dra. Maria Helena Ribeiro da Silva

Co-orientador: Dra. Ana Maria Moreira

2011/2012

1. Resumo

O presente relatório contempla as experiências de aprendizagem vivenciadas no estágio do Mestrado Integrado em Medicina que decorreu no Hospital de Magalhães Lemos (HML), Serviço Porto, sob a orientação da Dra. Maria Helena Ribeiro da Silva e co-orientação da Dra. Ana Maria Moreira. A duração do mesmo foi de aproximadamente oitenta e seis horas, distribuídas nas semanas de 2 a 9 de Abril e de 7 a 11 de Maio do corrente ano.

O relatório contempla: um breve enquadramento contextual da instituição com caracterização das entidades de acolhimento; uma síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas, nomeadamente na vertente assistencial (consulta externa e internamento de agudos) e reuniões de serviço; descrição de três casos clínicos acompanhados no Internamento e finalmente uma reflexão pessoal sobre as experiências vivenciadas que mais contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Psiquiatria.

2. Agradecimentos

À Dr.^a Helena Silva pela forma como criou condições para a realização do meu Estágio;

À minha co-orientadora Dr.^a Ana Maria Moreira por toda a aprendizagem que me proporcionou, quer a nível clínico quer a nível pessoal;

Às Internas Dr.^a Mariana Pinto da Costa e Dr.^a Marlene Alves pelo excelente ambiente em que me receberam e disponibilidade incansável;

A todos os profissionais do Hospital, em particular os do Serviço Porto e Arquivo Central, pela simpatia e estreita colaboração.

Aos utentes dos diversos Serviços pela partilha dos seus problemas, medos e projetos.

Índice

1. Resumo.....	2
2. Agradecimentos.....	3
3. Introdução.....	5
4. O Hospital de Magalhães Lemos.....	7
5. Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto.....	10
6. Síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas.....	11
6.1. Reuniões de serviço	11
6.2 Sessão clínica/ação de formação.....	12
6.3 Apresentação de Dissertação de Doutoramento.....	12
6.4. Internamento	12
6.5. Consulta externa	14
6.6. Serviço de Intervenção Intensiva	15
7. Casos clínicos	16
7.1. Anorexia Nervosa e Intoxicação Medicamentosa Voluntária	16
7.1.1. Anorexia Nervosa – Abordagem teórica	18
7.1.2. Depressão – Abordagem teórica	20
7.2. Psicose paranoide e Doença de Huntington	27
7.2.1. Doença de Huntington – Abordagem teórica	29
7.3. Perturbação delirante e Uxoricídio	33
7.3.1. Perturbação delirante – Abordagem teórica	35
8. Reflexão	37
9. Bibliografia	38
10. Anexos	41

3. Introdução

Atualmente, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem, nas sociedades dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, uma das principais causas de incapacidade e morbilidade, acarretando um enorme valor em termos de sofrimento, absentismo, invalidez, perda económica e elevados custos para o Serviço Nacional de Saúde. Apesar destes factos, permanecem perceções erróneas em relação à sua natureza e importância na prática clínica do dia-a-dia.

Ao longo do percurso académico recebemos informação, mais ou menos exaustiva, sobre epidemiologia, identificação e tratamento de um vasto leque de doenças, razão pela qual as perturbações mentais não deverão ser negligenciadas.

Dada a relação inseparável entre mente e corpo, são necessárias certas capacidades e competências para avaliar, diagnosticar, tratar e referenciar de forma célere e eficaz pessoas com perturbações do foro mental, independentemente da Especialidade que se exerce. Para tal, é necessário que os Médicos e restantes Profissionais de Saúde estejam consciencializados desta realidade e recebam o devido apoio e preparação. Foram estes os motivos que impulsionaram e dirigiram a minha escolha para o estágio em Psiquiatria, de carácter extracurricular.

As metas acima referidas foram, a meu ver, atingidas através do acompanhamento das actividades desenvolvidas no Internamento, Consulta Externa e Serviço de Intervenção Intensiva.

A palavra “Psiquiatria” deriva do grego e pode ser definida como “a arte de tratar a alma”. Especialidade da medicina que lida com a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças mentais, de foro orgânico ou funcional, tem como meta o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquicos. Para tal, requer uma avaliação global do paciente, sob uma perspetiva biopsicossocial, envolvendo a história clínica e o exame do estado mental, bem como a complementação deste com testes psicológicos, neurológicos e exames de imagem. A terapêutica psiquiátrica distingue-se como outra característica única desta especialidade, uma vez que assenta na administração de fármacos, bem como em várias formas de psicoterapia e a electroconvulsivoterapia. Tanto a clínica quanto a pesquisa é realizada de forma interdisciplinar.

Aparentemente, a Psiquiatria teve origem no século V a.C., tendo sido criados os primeiros hospitais para doentes mentais na Idade Média, mais com o intuito de os afastar, protegendo

assim o resto da população, do que propriamente promover o seu tratamento. O primeiro grande passo para o progresso científico da Psiquiatria ocorreu apenas no século XVIII, com os estudos do médico francês Philippe Pinel, o qual instituiu reformas humanitárias nos cuidados aos doentes.

No século XIX, Emil Kraepelin, influente psiquiatra do seu tempo, partindo da sua visão médica da doença mental e contra as concepções da psiquiatria, propôs que os hospitais psiquiátricos deixassem de ter uma estrutura asilar, carcerária, com tratamentos coercivos e punitivos, tendo em vista a reabilitação do doente mental. Foi ainda o responsável pelo desenvolvimento de um método científico para a observação sistemática dos fenómenos de doença e sua classificação. Na década de 50 do século passado surgiram os primeiros psicofármacos eficazes nas perturbações psiquiátricas mais graves, tais como a clorpromazina, imipramina, haloperidol e diazepam.

Na década seguinte observou-se uma redução nas institucionalizações, como resultado do aparecimento de vários movimentos que advogavam a necessidade de integrar o doente na sociedade e trata-lo, sempre que possível em regime de ambulatório.

Nas últimas décadas, com o desenvolvimento da psicofarmacologia foi possível reduzir drasticamente o tempo de internamento. Enquanto que no passado os doentes eram internados por muitos meses ou mesmo por toda a vida, nos dias de hoje a maioria é seguida em ambulatório. Quando a hospitalização se torna necessária é, em geral, por um curto período de tempo. Mais comumente os pacientes são encaminhados a cuidados psiquiátricos por vontade do próprio. No entanto, a Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 de Julho prevê o internamento psiquiátrico compulsivo nos indivíduos que padeçam de anomalia psíquica grave e recusem o tratamento médico adequado, constituindo perigo para bens jurídicos de relevo, pessoais ou patrimoniais. Prevê ainda, situações em que os doentes podem apresentar descompensação da doença psiquiátrica e não ser agressivos, não colocando em perigo bens pessoais ou materiais. Se devido à própria doença o indivíduo não entender a necessidade do tratamento, que pode resultar num agravamento do seu estado de saúde (física e/ou psíquica), o internamento compulsivo pode ser acionado.

Uma vez hospitalizados, são avaliados, monitorizados e medicados por uma equipa multidisciplinar, que inclui psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. A Urgência Psiquiátrica ocupa-se do atendimento de casos críticos estando integrada nos Serviços de Urgência dos Hospitais Centrais.

Os procedimentos diagnósticos podem variar, mas os critérios oficiais encontram-se descritos em manuais. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10.^a Revisão) é publicada pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizada a nível mundial. Nos Estados Unidos o sistema diagnóstico padrão é o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.^a revisão), publicado pela American Psychiatric Association. Ambos são sistemas eficazes no estabelecimento dos diagnósticos e em parte sobreponíveis, com excepção de certas categorias, essencialmente devido a diferenças culturais nos diversos países. A intenção tem sido desenvolver critérios diagnósticos que sejam replicáveis e objectivos, embora muitas categorias sejam amplas e muitos sintomas apareçam em diversas patologias.

4. O Hospital de Magalhães Lemos

Parece-me pertinente fazer um breve enquadramento histórico do Hospital de Magalhães Lemos na medida em que foi nesta entidade de referência que decorreu o estágio curricular proposto.

- O nome atribuído a este Hospital constitui uma homenagem a um dos mais prestigiados psiquiatras portugueses – Professor Doutor António Magalhães de Sousa Lemos.
- Em 1953 foi publicado o decreto-lei que autorizava o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte a instalar na cidade do Porto (freguesia de Aldoar), um hospital psiquiátrico - Hospital de Magalhães Lemos (HML).
- Em Outubro de 1962 é inaugurado oficialmente o primeiro edifício do hospital, onde fica instalado o dispensário do Centro de Saúde Mental do Porto, que integrava o atendimento de Urgência e o Hospital de Dia.
- No entanto, só em 1970, são internados os primeiros doentes, após um incêndio que deflagrou numa das enfermarias da “Secção Clínica do Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Norte” alocadas no Hospital Conde de Ferreira (HCF).
- Em 1976, na sequência da intervenção do Estado no HCF, integrado na rede hospitalar pública, o HML passa a designar-se Centro de Saúde Mental ocidental do Porto.
- Em 1992 e resultante de publicação de novo decreto-lei, volta a ser considerado Hospital Central Especializado, com a designação original.
- Em 1998 após longo processo negocial e publicação de decreto-lei, passa a assumir parte das funções assistenciais, até aí atribuídas ao HCF, tendo em vista a devolução deste último à gestão da Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- Em 2009 passa a Entidade Publica Empresarial.

A área assistencial do HML é a atribuída na Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental e no Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em vigor, prestando os seguintes serviços:

- Internamento de doentes agudos e residentes;

- Ambulatório: consulta externa especializada de Psiquiatria, hospitalização parcial, reabilitação psicossocial e cuidados domiciliários;

Deste modo, o HML abrange as populações dos seguintes concelhos, mediante a tipologia dos cuidados oferecidos:

- Internamento e ambulatório: Porto (excepto as freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã), Matosinhos, Póvoa de Varzim e Vila do Conde;

- Internamento: Santo Tirso, Trofa, Vila Nova de Famalicão, Gondomar, Santa Maria da Feira, Arouca, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira e Vale de Cambra.

Apostando claramente na plena integração social dos indivíduos com problemas mentais, o HML desenvolve atividades de ligação com os Centros de Saúde e Hospitais Gerais, bem como se articula com as estruturas de Segurança Social, públicas e privadas, e Autarquias da área assistencial. Promove ainda várias iniciativas de dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para doentes com retaguarda sociofamiliar e profissional deficiente.

Finalmente, assegura formação pré e pós-graduada por intermédio de acordos diversos com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, o Departamento de Psicologia do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, o Instituto Superior da Maia, o Instituto de Serviço Social do Porto e as diversas Escolas Superiores de Enfermagem.

A sua organização hierárquica e distribuição dos diversos departamentos, serviços e unidades funcionais poderão ser consultados no **Anexo 1**.

5. Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto

A maior parte do estágio decorreu no Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto, que conta com uma equipa multidisciplinar constituída por:

1. Médicos:

- ☐ Diretora: Dr.^a. Maria Helena Silva
- ☐ Assistentes Hospitalares Graduados: Dra. Ana Maria Moreira, Dr.^a Ana Cerqueira, Dr.^a Fátima Magalhães e Dr. Serafim Carvalho.
- ☐ Internos Complementares: Dra. Mariana Pinto da Costa, Dra. Marlene Alves, Dra. Sofia Gomes, Dra. Diana Correia, Dr. Nelson Oliveira e Dr. José Luís Fernandes

2. Serviço Social: Dra. Lurdes Silva e Dra. Celeste Araújo

3. Duas Psicólogas em tempo parcial: Dr.^a Cláudia Milheiro e Dr.^a Ana Godinho

4. Serviço de enfermagem assegurado pela articulação das equipas do internamento e da consulta externa

5. Assistente administrativa; D. Rosa Branca

De 1 de Janeiro a 30 de Abril de 2012, este Serviço atendeu a 307 pedidos de consulta por parte dos Centros de Saúde do ACES Ocidental do Porto e contou com uma média de 1,2 doentes por dia admitidos no internamento.

6. Síntese descritiva e analítica das principais atividades desenvolvidas

No decorrer do estágio foram desenvolvidas as seguintes atividades

- ☐ Participação em duas reuniões de serviço e uma sessão clínica.
- ☐ Presença na apresentação de Dissertação de Doutoramento do Doutor Serafim Carvalho.
- ☐ Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica, em doentes internados e em regime de consulta externa.
- ☐ Permanência no Serviço de Intervenção Intensiva (SII), com observação das consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica no SII.

6.1 Reuniões de serviço

À quarta-feira, realiza-se uma reunião geral do serviço que conta com a presença de toda a equipa técnica e é liderada pela Diretora, a Dr.^a Maria Helena Silva. Nesta, é feita uma apresentação breve de todos os doentes seguidos em regime de internamento. Tem como objetivo a discussão dos casos que, por diversos motivos, possam suscitar dúvidas ao técnico responsável ou que este ache relevante a partilha com a restante equipa. Tal procedimento prende-se com a necessidade de esclarecer o diagnóstico ou elaborar, de forma partilhada e diferenciada, um plano terapêutico particular.

É efetuada uma síntese da evolução dos doentes internados, bem como o planeamento das altas, a distribuição das novas admissões para essa semana e discussão de casos seguidos em ambulatório. Quando pertinente, dá-se ainda a discussão e levantamento de questões relativas à organização e ao funcionamento do serviço.

Compareci às reuniões dos dias 4 de Abril e 9 de Maio de 2012.

6.2 Sessão clínica

Realizou-se no dia 9 de Maio uma ação de formação sobre “Esquizofrenia – sintomas negativos” apresentada pela Dr.^a Isabel Saavedra, Psiquiatra do Centro Hospitalar do Médio Ave – Unidade de Famalicão.

6.3 Dissertação de Doutoramento

Decorreu no dia 10 de Maio, no auditório do edifício da Administração, em sessão de formação para todo o Hospital, a apresentação da Dissertação de Doutoramento do Dr. Serafim Carvalho com o tema “Variáveis socio - económicas como preditores da resposta ao tratamento farmacológico da Depressão”.

Foi uma experiência enriquecedora, não só pelo conteúdo da apresentação mas também pela partilha de conhecimentos e opiniões entre o palestrante e a assistência.

6.4 Internamento

Com a finalidade de assegurar os cuidados a doentes agudos, que por força da sua patologia necessitam de internamento, este serviço dispõe de recursos técnicos e logísticos que permitem uma assistência de qualidade, minimizando os riscos inerentes a este tipo de pacientes. A continuidade dos cuidados pós-alta é assegurada no ambulatório, em articulação com os cuidados primários ou ainda nos cuidados domiciliários.

Qualquer internamento é considerado uma experiência desgastante. A família sofre mudanças importantes e o medo, o sofrimento e as dúvidas estão habitualmente presentes. No caso particular da Psiquiatria, para além do estigma do internamento num hospital psiquiátrico há, muitas vezes, falta de compreensão e colaboração por parte dos doentes internados, consequência dos quadros patológicos em que se inserem.

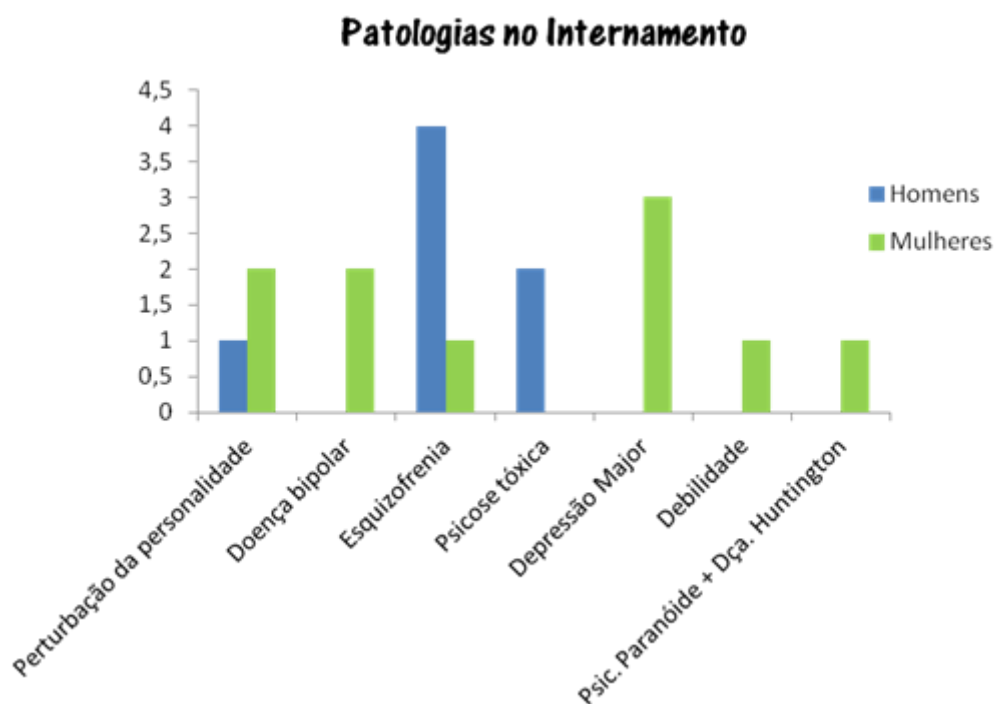
Durante o estágio, pude constatar que o contacto entre os diferentes profissionais e os doentes é feito de uma forma surpreendente que consolida, na minha perspectiva, uma melhor adaptação destes às condicionantes impostas por esta vivência particular. É garantido ao

doente psiquiátrico o máximo de integridade e individualidade, mesmo quando o próprio não se apercebe de tal.

Permaneci essencialmente em C3 e C4, enfermarias onde são internados os doentes da responsabilidade do Serviço, cada um com uma capacidade total de 23 doentes em regime misto. Durante a visita médica realizou-se um registo da observação no processo clínico eletrónico, permitindo a comunicação com os restantes profissionais e facilitando o planeamento de cuidados integrados e continuados.

Ao longo das duas semanas acompanhei a evolução intra-hospitalar de dezassete doentes, cujas patologias e distribuição por género estão descriminadas no **Gráfico 1**.

Gráfico 1



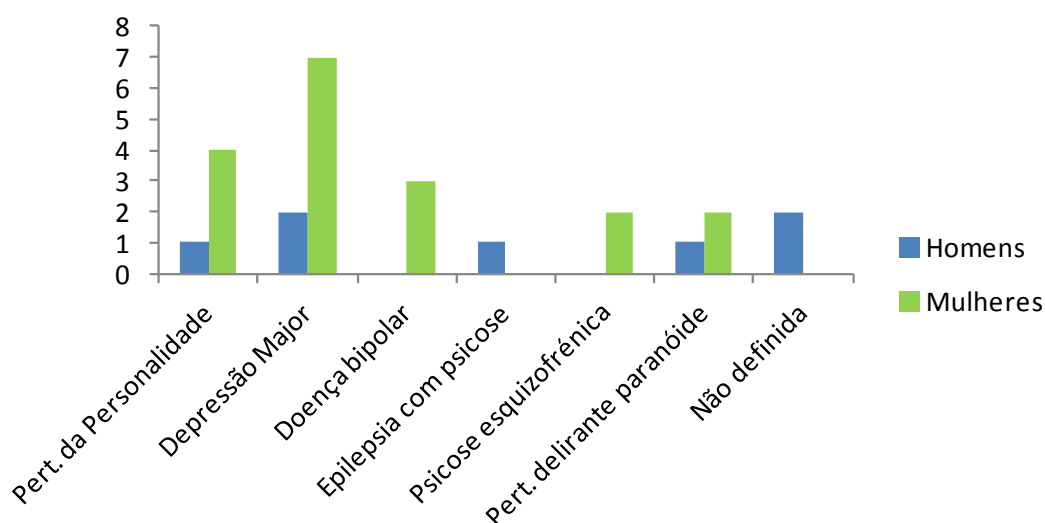
6.5 Consulta Externa

Os Serviços Psiquiátricos intervêm quer em regime de ambulatório quer em internamento. No primeiro caso, os doentes são seguidos em consultas externas, regra geral marcadas com antecedência e com duração variável, de trinta a sessenta minutos. Nestas o psiquiatra entrevista o doente para actualizar a avaliação do seu estado mental, revê a terapêutica e pode realizar psicoterapia. A frequência das consultas varia de acordo com a gravidade e o tipo de doença.

Qualquer que seja o motivo da consulta, o psiquiatra avalia a condição física e mental do doente. Para tal, é realizada uma entrevista clínica para obter informação e, se necessário, outras fontes são consultadas tais como familiares, profissionais de saúde, assistentes sociais e relatórios judiciais. O exame físico e meios complementares de diagnóstico excluem ou confirmam a existência de doenças orgânicas. O exame do estado mental é parte fundamental da consulta e é através dele que se define o quadro e a capacidade de autocrítica. É estabelecido um plano terapêutico de que faz parte integrante a avaliação dos riscos.

Acompanhei as consultas do Dr. Serafim Carvalho e Dr.^a Mariana Pinto da Costa no dia 4 de Abril, assim como as da Dr.^a Ana Maria Moreira no dia 9 de Abril e 7 de Maio, perfazendo um total de vinte e cinco casos clínicos observados. A casuística é descrita no **Gráfico 2**.

Gráfico2 - Patologias na Consulta Externa

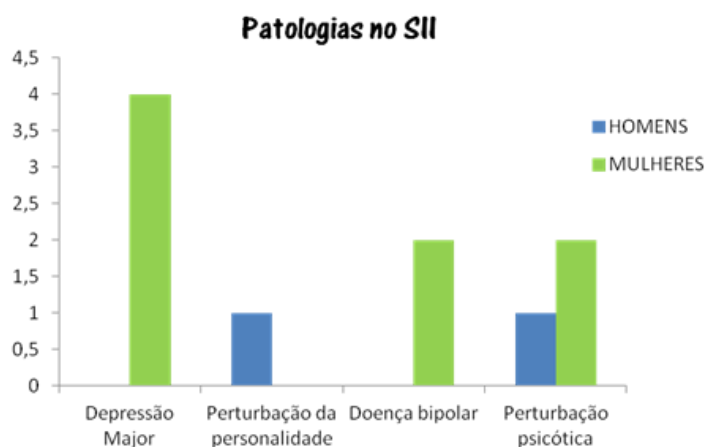


6.6 Serviço de Intervenção Intensiva

Até 1993, o HML incluía na sua estrutura o Serviço de Urgência. Em consequência do decreto-lei 127/92, deu-se a reorganização da Urgência Psiquiátrica (1ª linha), passando a funcionar, numa fase inicial, no Hospital Geral de Santo António e posteriormente no Hospital de S. João (atendimento de 24 horas). Foi então criado no HML a UCIP (2ª linha de urgência), com médico e equipa de enfermagem permanente, que se articulava com os restantes serviços do Hospital e com a urgência metropolitana do Porto. Atualmente designada por Serviço de Intervenção Intensiva, é uma unidade especializada na avaliação e orientação de situações agudas que exigem níveis elevados de cuidados.

Durante as 24 horas de permanência no SII, divididas em três períodos de 8 horas cada (dias 24, 28 e 29 de Fevereiro), foram observados dez doentes, cuja distribuição se apresenta no

Gráfico 3.



7. Casos clínicos

Dos vários doentes seguidos no Internamento e consulta externa três chamaram-me especial atenção, razão pela qual os escolhi para esta secção do relatório. Trata-se de casos muito diferentes quanto às características dos doentes. O primeiro caso clínico prima por um conjunto de características que sobressaíram relativamente aos outros doentes observados. Os outros dois envolvem uma equipa multidisciplinar empenhada em tratar e reintegrar na sociedade os indivíduos envolvidos.

7.1 Caso clínico 1 – Anorexia Nervosa e Depressão

Este caso despertou-me interesse uma vez que apresentava duas características pouco frequentes em indivíduos do sexo masculino: a Anorexia Nervosa e a tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa.

Jovem de 21 anos, solteiro, vive com os pais e dois irmãos gémeos de 14 anos. Tem o 12º ano completo, sempre com bom aproveitamento, e frequentou recentemente um curso de formação profissional. Sem história familiar de doença psiquiátrica.

Acompanhado em consulta de Psiquiatria no Hospital de S. João (HSJ) pela Dra. Isabel Brandão, desde há três anos, em contexto de perturbação do comportamento alimentar (anorexia nervosa) e perturbação depressiva.

Em Fevereiro de 2012 recorre ao S.U. do HSJ, transferido do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, após ingestão medicamentosa voluntária com três comprimidos de Paracetamol 1 g, dois de Clomipramina, dois de Trazodona e cerca de 25 ml de Ibuprofeno em xarope. Entre a toma e a chegada ao S.U. decorreram cerca de 40 minutos. Submetido a drenagem do conteúdo alimentar por sonda naso-gástrica seguida de lavagem gástrica, administração de soros e vigilância.

Refere andar mais triste nos últimos dias, com sensação permanente de tensão interior, tendência para o isolamento e astenia marcada. Sono agitado, com inúmeros despertares e dificuldade em voltar a adormecer. Não tem conseguido cumprir o plano alimentar recomendado pela nutricionista, que se tem refletido numa perda ponderal progressiva. Atualmente com 50 kg de peso, 1,74 m de altura ao que corresponde um Índice de Massa Corporal de 16,5 Kg/m².

Por indicação da sua psiquiatra assistente opta-se pelo internamento para estabilização do quadro clínico através da monitorização de parâmetros vitais, comportamento e toma de medicação (Clomipramina 25 mg/dia, Trazodona 100mg ao deitar e Clonazepam 2mg/dia). É transferido para o HML por falta de vagas.

Exame do Estado Mental

Apresentação:

- Doente com aspeto emagrecido e um pouco descuidado.
- Idade aparente coincidente com a real.
- Veste calças de ganga, camisa de algodão e sapatilhas.
- Barba por fazer.
- Cuidados de higiene aparentemente mantidos.

Reação à entrevista e contacto:

- Movimenta-se com passos de ritmo lento e entra no gabinete um pouco renitente.
- Cumprimenta-me oferecendo a mão quando solicitado, com um aperto breve e senta-se após ser convidado para tal.
- Adota uma postura retraída que se mantém ao longo da entrevista.
- Evita o contacto visual.
- Face pouco expressiva.
- Mostrou-se disponível para fornecer as informações necessárias.

Em termos psicopatológicos:

- Vígil, orientado auto e alopsiquicamente, orientado no tempo e no espaço.

- Atenção um pouco difícil de captar e manter.
- Não apresenta alterações da memória recente ou remota.
- Linguagem sem alterações sintático-semânticas, sem dificuldade de articulação, afasia, disartria, afonia, disfonia ou gaguez.
- Discurso pouco espontâneo mas coerente, respondendo somente ao que lhe é perguntado.
- Humor deprimido com choro fácil.
- Ideação suicida estruturada.
- Não se projeta no futuro.
- Não se apura atividade alucinatória ou delirante.
- As emoções são congruentes com o conteúdo do pensamento.
- Sem atividade auto ou heteroagressiva.
- Com juízo crítico relativamente à sua situação clínica.
- Com alterações do ciclo sono-vigília.

7.1.1. Anorexia Nervosa – Abordagem teórica

Anorexia Nervosa

As Perturbações do Comportamento Alimentar são convencionalmente separadas em Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Porém é necessário atender às seguintes realidades clínicas:

- Muitos doentes não preenchem todos os critérios para qualquer uma das perturbações, ou têm algumas características de ambas. Classificam-se então como Perturbação do Comportamento Alimentar Atípica ou Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação.
- Muitos doentes mudam de uma categoria para outra ao longo do tempo.

Todas as Perturbações do Comportamento Alimentar têm as mesmas características essenciais:

- Preocupação e importância excessivas com a forma do corpo e o peso. Estes pensamentos são mais ideias sobrevalorizadas do que ideias delirantes ou obsessões.
- Recurso a restrições dietéticas extremas, muitas vezes acompanhadas por comportamentos de controlo do peso (por exemplo exercício físico, vômitos, laxantes).
- Existe um défice significativo da saúde física ou do funcionamento psicossocial.
- Os problemas não são secundários a um estado físico geral ou a outra perturbação mental.
- Ocorrem principalmente em mulheres.

Características Clínicas

Para além das características acima descritas, os principais elementos da anorexia nervosa são: a perda de peso deliberada, primariamente induzida pela restrição da ingestão de alimentos, peso abaixo do normal (IMC <17.5) e amenorreia. Uma variedade de sintomas (sensibilidade ao frio, obstipação, tonturas e problemas do sono) e sinais físicos (emaciação, extremidades frias, pele seca, lanugo no dorso e face, atrofia dos caracteres sexuais secundários, bradicardia, hipotensão postural, arritmias e miopatia proximal) tornam-se mais pronunciados à medida que a perda de peso progride.

Epidemiologia e Etiologia

A Anorexia afeta principalmente o sexo feminino (relação de 10:1). A idade média do aparecimento é aos 15-16 anos e a sua prevalência nas sociedades ocidentais é de cerca de 1% nas mulheres com idade compreendida entre 12 e 18 anos. A pressão social para a magreza tem sido responsabilizada mas existem outros muitos outros fatores de risco:

- Fatores gerais: sexo feminino, adolescência e início da idade adulta e viver em sociedades ocidentais.
- História familiar de perturbação do comportamento alimentar ou depressão.
- Experiências pré-mórbidas: condições parentais adversas, abuso sexual, hábitos de dietas na família, censuras sobre a alimentação, peso ou forma do corpo e pressão para ser magro.
- Características pré-mórbidas: baixa autoestima, perfeccionismo e ansiedade.

Tratamento

Os objetivos principais do tratamento consistem em modificar a atitude da pessoa relativamente ao peso e forma do corpo através de tratamentos psicológicos, auxiliar a pessoa a ganhar peso, identificar e tratar as complicações médicas. Se a perda de peso for grave ou se existir risco sério de morte por suicídio ou complicações médicas, o internamento numa unidade especializada está indicado.

Prognóstico

O prognóstico da anorexia nervosa é variável. Cerca de 20 % têm bons resultados, sendo a doença de curta duração e com remissão completa. Outros 10 a 20 % desenvolvem uma perturbação crónica e intratável. Os restantes evoluem para outra perturbação do comportamento alimentar, sofrem recidivas ou têm características residuais.

A taxa de mortalidade aumenta 10 a 20 % nos estudos de seguimento a longo prazo. A morte ocorre habitualmente na sequência de complicações da inanição e suicídio.

7.1.2. Depressão – Abordagem teórica

A Depressão é a epidemia da atualidade. A prevalência do Distúrbio Depressivo Major é de 10 a 30% e a Depressão inserida na Doença Bipolar tem vindo a aumentar a sua incidência. Ambos os distúrbios acarretam sérias implicações na morbilidade e na mortalidade (Savitz, 2009).

Os distúrbios do humor são atualmente diferenciados entre Depressão Unipolar e Distúrbio Bipolar dependendo do tipo de alteração do humor, severidade e evolução clínica. O maior fator de distinção entre os dois é a presença de mania ou hipomania em alguma altura do seu curso clínico.

A classificação definida pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição (DSM-IV) considera que a Depressão Unipolar e a Doença Bipolar são distúrbios qualitativamente diferentes no que concerne à sua etiologia e à sintomatologia. Será importante esclarecer os conceitos de Episódio Depressivo Major, Mania e Hipomania que ajudam a estabelecer os vários diagnósticos das perturbações do humor.

O Episódio de Depressão Major exige um período de pelo menos duas semanas, durante a maior parte do dia, quase todos os dias, de humor depressivo ou perda de interesse (ou irritável em crianças e adolescentes). Tipicamente, se não for tratado, tem uma duração de quatro meses ou mais.

Crêterios DSM-IV para Episódio Depressivo Major

A- Se cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas  : (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por uma descrição subjetiva (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito).

Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável

(2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias

(3) Perda ou ganho ponderal sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

(4) Ins nia ou hipers nia quase todos os dias

(5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias

(6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias

(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias

(9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por ex., droga ilícita ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

D. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

O Episódio de Mania é definido pela elevação anormal e persistente do humor, expansivo e irritável durante pelo menos uma semana, a menos que exista hospitalização. Deverão verificar-se ainda pelo menos 3 dos critérios referidos no ponto B.

Critérios DSM-IV para Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes num grau significativo:

(1) Autoestima inflacionada ou grandiosidade

(2) Necessidade de sono diminuída

(3) Mais comunicativa do que o habitual ou pressão por falar

(4) Fuga de ideias

(5) Distractibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)

(6) Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

(7) Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros desmedidos)

C. Os sintomas não satisfazem os critérios para Episódio Misto

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos habituais com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspetos psicóticos.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga ilícita, um medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

Nota: Episódios tipo maníacos nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, terapia electroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

A Hipomania tem uma apresentação clínica menos severa que a Mania, duração inferior

(quatro dias) e geralmente não acarreta distúrbios sociais significativos nem necessita de hospitalização. Não são vistos como negativos pelo doente pois a atividade, energia e produtividade estão até acrescidas. Por este motivo, os episódios de Hipomania não são reportados pelo paciente.

Critérios DSM-IV para Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não deprimido.

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

(1) Autoestima inflacionada ou grandiosidade

(2) Necessidade de sono diminuída

(3) Mais falador do que o habitual ou pressão por falar

(4) Fuga de ideias ou experiência subjetiva aceleração de pensamento

(5) Distractibilidade

(6) Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

(7) Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para consequências dolosas

C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros.

E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., drogas ilícitas, medicamento, ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

Nota: Os episódios tipo hipomaníacos nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, terapia electroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

Depressão Unipolar

De acordo com o DSM-IV a classificação de Depressão Unipolar inclui o Distúrbio Depressivo Major (MDD) e o Distúrbio Distímico.

O MDD é caracterizado pela presença de um ou mais Episódios de Depressão Major, sem história de mania ou hipomania. O episódio termina quando deixam de se verificar os critérios completos para Episódio Depressivo Major durante pelo menos dois meses. Se durante este período ainda existirem alguns sintomas, mas não os suficientes para classificar como Episódio Depressivo Major, então entende-se que o doente está em Remissão Parcial (vs Remissão total na sua ausência).

A taxa de suicídio por MDD pode atingir os 15%, sendo superior nos doentes com idade superior a 55 anos. Por vezes a MDD é precedida pelo Distúrbio Distímico (10 a 25% dos casos). Os doentes com estados físicos gerais crónicos ou graves têm maior risco de desenvolver MDD e o seu prognóstico é também afetado por este distúrbio. A prevalência do DDM é de 5 a 9% para as mulheres e 2 a 3% para os homens. É mais comum nos familiares de primeiro grau com este distúrbio.

O Distúrbio Distímico é diferenciado do MDD pela cronicidade, severidade e persistência dos sintomas, isto é, pelo menos dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para MDD (no caso das crianças, o humor pode ser irritável e requer apenas um ano). Os sintomas vegetativos são menos comuns que na MDD. O diagnóstico só pode ser feito se o período inicial de dois anos de sintomas estiver livre de Episódios Depressivos Major. Dado o seu sentimento de autodesvalorização, o doente considera-se uma pessoa desinteressante.

Quando o primeiro episódio ocorre antes dos 21 anos, existe uma maior probabilidade de vir a desenvolver Episódios Depressivos Major. A sua prevalência é de 6% sendo que, na idade adulta,

as mulheres têm 2 a 3 vezes mais probabilidades de desenvolverem a doença. A incidência é superior em indivíduos com história familiar (em primeiro grau) deste distúrbio.

Há ainda a considerar o Distúrbio Depressivo sem outra especificação que inclui as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios as perturbações depressivas específicas.

Tratamento

- Psicoterapia

Antes de abordar a farmacoterapia, será importante analisar também a psicoterapia que já faz parte de uma boa prática terapêutica nos doentes com Doença Bipolar ou Unipolar.

A psicoterapia funciona como um adjuvante no tratamento farmacológico das Depressões e pode ser dividida em terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e de casal e terapia psicodinâmica. Em termos de formato, estas terapias baseiam-se num modelo de stress-vulnerabilidade do doente. Providenciam ao doente um ponto de vista personalizado dos seus problemas e racionalidade para a sua intervenção, encorajam o doente a utilizar as suas capacidades e conhecimento e promovem a sensação de autoeficácia.

- Tratamento farmacológico da Depressão Unipolar

A abordagem farmacológica das Depressões Unipolares deve ser separada nas depressões moderadas e nas severas. No caso de depressões moderadas, deve iniciar-se o tratamento com Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) (Escitalopram, Fluoxetina) ou com antidepressivos mais recentes, a Venlafaxina ou a Bupropiona que, têm especial interesse pela sua ausência de efeitos secundários e boa tolerância. Se a depressão não é responsiva a este tratamento, deve complementar-se ou alterar-se a prescrição para Imipramina. Se o fracasso persiste por mais 2 a 4 semanas, deve pensar-se nos Inibidores da MAO clássicos como a Fenelzina ou Iproniazida, indicados para depressões resistentes. O tratamento disponível em caso de novo fracasso será a Terapia Electroconvulsiva (APA; Vallejo, 1999).

No caso das depressões graves, o tratamento de primeira linha corresponde a Imipramina e Venlafaxina ou Escitalopram (combinados com Terapia Electroconvulsiva no caso de se verificarem sintomas psicóticos, ideações suicidas ou outros sintomas de igual gravidade). Se não houver resposta significativa em quatro semanas, dever-se-á combinar um ISRS. A não resposta deve levar à substituição da terapêutica para IMAO's (APA; Vallejo 1999).

Os antidepressivos podem levar até 14 dias a atingirem o pico dos seus efeitos favoráveis mas, geralmente, uma melhoria é perceptível mais cedo. Embora não causem dependência, as doses devem ser sempre aumentadas ou reduzidas gradualmente, bem como a sua interrupção uma vez que se podem verificar sintomas de abstinência em alguns casos, essencialmente com a toma de Paroxetina, Venlafaxina e Antidepressivos Tricíclicos (ATC's) (Mahli et al, 2009).

Devido ao seu perfil benigno de efeitos colaterais, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS's) vieram substituir os ATC's e os IMAO's como tratamento de primeira linha na maioria das depressões. Disfunção sexual e sintomas gastrointestinais são comuns. Alguns ISRS's (especialmente Fluoxetina e Paroxetina) causam inibição significativa no citocromo P450, como tal é necessário cuidado com a sua prescrição concomitante com outros fármacos. Os mais utilizados são: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina e Sertralina (Thase et Denko, 2008).

Os Inibidores da Recaptação da Serotonina/Norepinefrina (IRSN), como a Venlafaxina e a Duloxetina, parecem ser mais efetivos que os ISRS's no tratamento de sintomas depressivos severos e melancolia. A disfunção sexual e sintomas gastrointestinais também podem estar presentes (Papakostas et al, 2007).

Os Antidepressivos Tricíclicos (ATC's) estão entre os fármacos disponíveis mais antigos e foram, durante muitos anos, a escolha no tratamento da depressão. Contudo, devido aos seus fortes efeitos colaterais anticolinérgicos e toxicidade em caso de sobredosagem, estes têm vindo a ser substituídos por outras classes de antidepressivos como fármacos de primeira linha. No entanto, fármacos como a Amitriptilina, Clomipramina, Doxepina, Imipramina são mais efetivos no tratamento da depressão severa quando comparados com outros antidepressivos (Gillman et al, 2007).

Os Inibidores da Monoamina-Oxidase (IMAO's) são também dos fármacos mais antigos utilizados no tratamento da depressão. São especialmente eficazes no tratamento da depressão atípica que corresponde a cerca de 15-20% do Distúrbio Depressivo Major. O seu uso é limitado pelo aparecimento de crises hipertensivas e pela impossibilidade da sua associação com tiramina na dieta alimentar. Destaca-se a Fenelzina e a Tranilcipromina (Thase et Denko, 2008).

Os Antidepressivos Atípicos são utilizados no tratamento da Depressão, mas os seus mecanismos de ação não estão completamente esclarecidos. A Bupropiona tem um efeito semelhante aos ISRS's e os seus efeitos colaterais consistem em hipersudorese, tremores, e convulsões, quando tomado em doses elevadas (Thase et Denko, 2008).

7.2 Caso clínico 2 – Psicose Paranóide e Doença de Huntington

Doente de 37 anos, solteira, de nacionalidade Marroquina, com título de residência desde 2010, emitido pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Residiu em Madrid dos 12 aos 33 anos, altura em que emigrou para Portugal com o seu companheiro de então.

Com um percurso de vida muito atribulado e rico em fases obscuras, cuja sequência de eventos se torna difícil de delinear, tentarei da forma mais sucinta possível descrever o percurso desta doente.

- Diagnóstico de Doença de Huntington confirmado geneticamente, cuja data não foi possível apurar após consulta do processo.
- Tem três filhos: um rapaz de 7 anos que reside em Madrid com família de acolhimento e duas meninas gémeas, com cerca de 2 anos, colocadas na instituição “Casa do Caminho” em Matosinhos.
- Internamento compulsivo no Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo) de 30 de Abril a 18 de Junho de 2009, após ter sido encontrada a deambular pela cidade num estado de deterioração física e mental. Alta com o diagnóstico de Psicose Paranóide.
- No mesmo ano é avaliada em consulta externa do HML, serviço Porto, pela Dr.^a Ana Maria Moreira.
- Seguida na Unidade de Costa Cabral do HML desde Março de 2010, cujo Fórum passa a frequentar de forma irregular.
- Seguida em Consulta de Neurologia pela Dr.^a Ana Paula Correia desde Janeiro de 2011.
- Em Abril do mesmo ano recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de S. João por astenia, disúria e amenorreia com 2 meses de evolução. Após exclusão de gravidez, infeção do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis (serologias para HIV1 e 2, HCV, HBV e VDRL todas negativas) é pedida a avaliação por Psiquiatria, cujo relatório refere: “alterações do pensamento, com desagregação franca, cujo conteúdo se centra na convicção delirante de estar grávida e actividade alucinatória cinestésica. Doente diz sentir os bebés darem-lhe pontapés na barriga...Movimentos coreicos, predominantemente dos membros superiores e discinésias oromandibulares associadas à sua patologia neurológica.” Este episódio de urgência foi coincidente com o encaminhamento das filhas para processo de adoção, facto que poderá ter precipitado o agravamento do quadro psicótico.

- Permanece alguns meses nos Albergues Noturnos do Porto onde foi colocada pelo Núcleo de Promoção de Autonomia do Instituto da Segurança Social. A pedido do Psicólogo da Associação dos Albergues, Dr. Miguel Neves, inicia-se processo de integração da doente numa unidade de alojamento adequada às suas necessidades, dado tratar-se de um caso social grave.
- Institucionalizada desde 2011 no Lar das Fontainhas, de onde foge com frequência com o intuito de se prostituir. Acompanhada inúmeras vezes ao Serviço de Urgência por agentes da PSP, devido a abusos e maus-tratos infligidos por terceiros.
- Novo internamento em Março de 2012 por alteração do comportamento com hetero - agressividade para com os residentes no lar onde vive e com alguns funcionários, quando contrariada ou impedida de sair.

Evolução hospitalar:

Inicialmente muito agitada com episódios de agressividade contra pessoas e objetos, contudo foi desenvolvendo capacidades de aprendizagem com adaptação à enfermaria e melhoria do seu comportamento. Sem actividade delirante. A doente conseguiu criar laços afectivos com a equipa de técnicos, o mesmo não se passando com os restantes elementos internados.

Plano terapêutico:

Foi necessária a contenção física e química da doente com a administração de:

Haloperidol 2 mg 1+1+1

Diazepam 5 mg 1+0+0+1

Quetiapina 400 mg 0+0+1

Lorazepam 2.5 mg 1+1+0+1

Trazodona 100 mg 1/2+1/2+1/2

Pantoprazol 40 mg (antes do Pequeno-almoço)

Haldol Decanoato 100 mg IM de 28/28 dias (próximo injetável a 18 de Junho)

No **Anexo 2** consta a categoria terapêutica, propriedades e indicações de cada um dos fármacos prescritos nos casos clínicos.

Após alta, a continuidade do tratamento será garantida em Consulta Externa de Psiquiatria e de Neurologia, aliada a apoio domiciliário da Equipa de Enfermagem, com a Enfermeira Elisa e a

Assistente Social, Dr.^a Lurdes Silva, que visitarão o Lar das Fontainhas. Isto com o intuito de auxiliar a equipa residente a estabelecer laços afetivos com a doente e também de administrar o injetável.

7.2.1 Doença de Huntington – Abordagem teórica

Introdução

A Doença de Huntington (DH), epónimo do médico americano, Dr. George Huntington, que a descreveu pela primeira vez em 1872, é uma patologia neuropsiquiátrica e neurodegenerativa. Com transmissão autossómica dominante e penetrância completa, estima-se que a sua prevalência mundial seja de 4-7/100.000.

O seu quadro clínico caracteriza-se por uma tríade de sintomas que inclui perturbação dos movimentos voluntários e involuntários, alterações cognitivas e síndromes psiquiátricas.

Em 1993, a etiologia desta doença foi identificada como sendo devida a uma expansão anormal da repetição do trinucleotídeo CAG (> 38) no braço curto do cromossoma 4, que por sua vez codifica uma proteína citoplasmática mutante – a “huntingtin”. Sabe-se que que é um substrato de algumas proteases e que o produto final da divisão desta proteína mutante pode formar agregados fibrilares nos núcleos e nos citoplasmas celulares. Uma vez que estes são encontrados em pacientes com DH, é colocada a hipótese desta proteína ser a responsável pela degeneração seletiva de neurónios. No entanto, esta proteína aparece em todas as regiões do cérebro e não existe nenhuma prova de que se acumule em níveis tóxicos nos locais que degeneram. Para alguns autores, esta proteína é apenas um epifenómeno sem significado patológico.

Os aspectos neuropatológicos característicos são a degeneração da cabeça do núcleo caudado e outras áreas do estriado, bem como uma pronunciada atrofia frontal. Alguns estudos demonstraram existir também uma redução dos recetores D1 e D2 no estriado. Investigações recentes sugerem que a causa para os sintomas da DH seja a disfunção neuronal em vez da morte celular; as células não libertam neurotransmissores na taxa esperada e não respondem normalmente às toxinas. O ácido γ -aminobutírico (GABA) e a Acetilcolina são os mais afectados.

O quadro clínico inicia-se geralmente entre os 30 e os 40 anos, embora haja casos descritos com idades extremas de 2 e 80 anos. Em 6% dos doentes o aparecimento é mais precoce,

antes da segunda década de vida, sendo este subtipo denominado por variante Westphal. A idade de instalação da doença está inversamente relacionada com o tamanho da repetição de CAG, comprovando-se que é mais precoce em indivíduos com maior número de repetições.

Nas famílias afetadas dá-se o “fenómeno de antecipação”, isto é, as gerações vindouras tendem a manifestar a doença numa idade mais precoce. Tal característica parece ter explicação no facto de que, ao contrário do que acontece numa repetição normal do triplete CAG, a repetição expandida é instável e na geração seguinte pode ser ainda mais longa. Estudos demonstraram também que quanto mais precoce o início da doença mais rápida é a sua progressão.

Trata-se de uma patologia sem cura e evolui inexoravelmente para a morte em 10-20 anos após as primeiras manifestações clínicas. O óbito deve-se geralmente a pneumonia, choque, deficiências nutricionais, complicações de escaras, suicídio e comportamento autodestrutivo.

Clínica

Esta doença pode ser considerada o paradigma das perturbações neuropsiquiátricas por nela confluírem sintomas motores, cognitivos e psiquiátricos. George Huntington descreveu os sinais mais proeminentes: movimentos coreoatetósicos involuntários, demência e perturbações psiquiátricas. Atendendo ao “input” e “output” dos gânglios da base e à interação complexa deste defeito genético com inúmeros factores ambientais, não é surpreendente que seja uma doença com uma expressão fenotípica muito variável, mesmo dentro de uma família. Alguns autores opinam que, pelo facto de as alterações patológicas se iniciarem nas porções associativas do estriado, os comportamentos primeiramente afetados são os cognitivos e os psiquiátricos e só depois os motores.

Apresento em seguida, de forma sucinta, os diferentes sinais e sintomas que se podem enquadrar na apresentação da doença.

Sinais e sintomas motores

Primeiramente surgem os movimentos coreicos que se vão agravando ao longo do tempo, para depois darem lugar a uma acinésia rígida. Outros sinais neurológicos que surgem nesta doença são a distonia, rigidez, alterações dos movimentos oculares, dificuldades na marcha, linguagem, deglutição e ações motoras complexas.

Sintomas psiquiátricos

Embora possam ocorrer em qualquer estadio são a primeira manifestação de DH em cerca de 31% dos casos, e podem preceder os sintomas motores por uma década. A Depressão é a condição psiquiátrica mais frequente. Uma revisão da literatura acerca da Depressão Major na DH elaborada por Slaughter et al., revelou que em dezasseis estudos a prevalência da depressão foi de 30%. Esta, em muitos casos precedeu as alterações neurológicas, como foi demonstrado num estudo de Folstein et al, em que a Depressão antecedeu as alterações do movimento em 5 anos, o que é um dado contra a hipótese de esta ser apenas uma Depressão Reativa. Outros dados constantes da literatura que apontam para que esta não seja apenas reativa, mas resultante de fatores biológicos inerentes à doença são: associar-se ocasionalmente a sintomas psicóticos, a resposta ao tratamento ser semelhante ao das Depressões Idiopáticas e ter uma duração sobreponível a estas.

A Depressão corre o risco de ser subdiagnosticada pois, quando surge, pode já haver alterações neurológicas que dificultem a comunicação e a colheita de uma boa história clínica. Para além disto, pode manifestar-se de uma forma atípica ou ser interpretada como uma síndrome reativa a uma doença motora debilitante. Por outro lado pode ser sobrediagnosticada, uma vez que alguns sintomas físicos podem mimetizar a Perturbação Depressiva Major, como por exemplo a perda de peso, a bradicinésia e a hipomímia facial.

A taxa de Mania é difícil de determinar pois nos estudos disponíveis, os critérios usados para diagnóstico foram diferentes. Mendez et al. reveram 7 estudos e encontraram uma taxa de Mania na DH de 4,8%. Folstein et al., num estudo anterior, reportaram cerca de 10% de episódios maníacos ou hipomaníacos em indivíduos com DH.

Relativamente às Perturbações Psicóticas os estudos estimam que 3-12% dos doentes venham a apresentar psicose, com quadros clínicos variáveis que poderão ir da Psicose não especificada à Esquizofrenia, sendo maior o risco para aqueles com um início mais precoce da doença. Estes sintomas sofrem um declínio à medida que o atingimento cognitivo se vai agravando.

No estudo de Marder et al. os sintomas obsessivos e compulsivos estavam presentes em 22,3% dos doentes.

O aumento da irritabilidade, a perda de controlo e a agressão são frequentes. Estão provavelmente relacionados com a disfunção do lobo frontal, mas podem também ser consequentes às perturbações psiquiátricas como Depressão, Mania e Psicose. A agressão é

uma causa frequente de admissão hospitalar, procurando-se minimizar o risco para o próprio e para terceiros.

Dewhurst et al. descreveu vários tipos de perturbações sexuais. Nos homens foi encontrada diminuição da libido em 63% dos casos e anorgasmia em 56%, ao passo que nas mulheres estas queixas se verificaram em 75% e em 42% respetivamente. Outras perturbações sexuais como abuso, promiscuidade, incesto, exibicionismo e voyeurismo também se encontram presentes.

Demência

Os doentes desenvolvem um tipo de demência subcortical cuja prevalência depende do estadio clínico. Citando I. Santana (2005) a demência inicia-se por esquecimentos sem grande relevo e alguma lentificação do pensamento. Precocemente, surgem também alterações na atenção e concentração, evoluindo de forma constante para um quadro demencial, com dificuldades nas capacidades visuoespaciais, nas funções executivas, na sequenciação de tarefas e com desorganização do pensamento. A linguagem é relativamente preservada excepto na complexidade sintática, surgindo erros parafrásicos e dificuldade na nomeação. De notar que há uma ausência de consciencialização destas incapacidades.

Tratamento

Sinteticamente, e baseado num estudo de revisão das estratégias terapêuticas para a DH (Bonelli et al.), é recomendável o seguinte tratamento farmacológico:

- Olanzapina para a coreia associada;
- Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRI) e Mirtazapina para a Depressão;
- Antipsicóticos atípicos para a Psicose e as alterações do comportamento.

Estes fármacos poderão ser coadjuvados com psicoterapia, fisioterapia e terapia da fala de forma a obter um manejo eficaz da doença.

7.3 Caso clínico 3 - Perturbação delirante (Psicose paranóide) e Uxoricídio

Este caso surgiu em contexto de consulta externa com a Dra. Ana Maria Moreira, a qual se reuniu com uma equipa multidisciplinar constituída por Enfermeira, Assistente Social do Instituto de Reinserção Social e Médica da Unidade de Saúde Familiar de Serpa Pinto. Designada por Unidade de Cuidados na Comunidade, esta equipa visa a integração de um indivíduo na sociedade após cumprimento de pena por homicídio da sua esposa (uxoricídio), em contexto de perturbação paranóide com delírio de ciúme.

Trata-se de um homem de 52 anos, caucasiano, natural e residente no Porto a frequentar o Serviço de Reabilitação Psicossocial do HML. Passo a descrever os pontos mais relevantes do seu percurso de vida:

- Irmão mais novo de uma fratria de 3. Infância feliz e sem episódios negativos marcantes.
- Concluiu o 4º ano de escolaridade aos 12 anos em regime noturno.
- Começou a trabalhar aos 13 numa fábrica de redes, onde permaneceu durante um ano. Seguiram-se mais dois empregos numa fábrica de solas e na empresa “Águas de Vidago”. Aos 19 cumpriu o Serviço Militar Obrigatório em Moçambique onde permaneceu entre 1972 e 1975.
- Uma vez regressado a Portugal trabalhou como motorista de longo curso numa empresa de distribuição de bebidas, onde permaneceu até 1998.
- Casou em 1979 e teve 6 filhos, quatro rapazes e duas raparigas, com idades compreendidas entre os 19 e 33 anos. Atualmente as filhas são casadas e um dos rapazes é operacional na Marinha Portuguesa.
- História de alcoolismo, violência e maus-tratos para com a esposa que se arrastou durante cerca de 20 anos. Como justificação para tal alegava que a sua mulher lhe era infiel, mantendo vários relacionamentos durante as suas ausências profissionais. Com o apoio da Médica de Família a vítima finalmente apresentou queixa formal, da qual resultou ordem de restrição do Tribunal, ficando impedido de se aproximar da família. Por diversas vezes seguiu e ameaçou a esposa até que, em 1998, se dirigiu etilizado à sua casa e matou-a na presença dos filhos.
- Após avaliação por Psiquiatria foi diagnosticada Perturbação Paranoide com delírio de ciúme.
- Em Junho de 2008 foi detido e colocado em internamento preventivo por ordem do Tribunal.

- No mesmo ano, e por ter sido autor do crime de homicídio qualificado, foi-lhe aplicada pelo Tribunal Criminal do Porto uma medida de segurança de internamento em Estabelecimento Psiquiátrico adequado ao seu tratamento, com tempo limite de 20 anos. Tal decisão foi baseada nos termos dispostos no artigo 91º do Código Penal: “Quem tiver praticado um ato ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20º, é mandado internar pelo Tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.”

- Admitido em Outubro de 1999 na Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria Forense do Hospital do Lorvão onde permaneceu até 2008. Frequentou curso de formação profissional de Jardinagem e Horticultura, que muito apreciou.

- Em Junho de 2008 é transferido para a Unidade Psiquiátrica de Sobral Cid passando a frequentar a terapia ocupacional do Serviço de Reabilitação.

- Durante todo o internamento manteve a habitação que obteve junto da Entidade Gestora dos Bairros Sociais do Porto, por troca com a sua casa anterior que não dispunha de condições de habitabilidade. Sempre honrou os compromissos com a renda, água e luz.

- Manteve sempre um comportamento adequado, um bom relacionamento interpessoal e cumpriu com a terapêutica instituída. Esta consistia em Risperidona 3 mg, Biperideno 4 mg e Diazepam 15 mg.

- Efetuou várias licenças de saída experimentais, as quais decorreram sem incidentes e sem consumo de bebidas alcoólicas.

- Mediante o seu percurso no internamento e baseado no parecer favorável do seu psiquiatra assistente, o Tribunal de Execução de Penas (TEP) de Coimbra emite Mandado de Libertação em Dezembro de 2011.

- Por carecer de apoio institucional em regime de continuidade, dirigido às suas necessidades básicas, e de forma a garantir a estabilidade terapêutica, o TEP determinou que o doente:

a) Deveria sujeitar-se a consultas no HML e aos tratamentos prescritos pelos Serviços Clínico-Psiquiátricos, mantendo e seguindo rigorosamente a terapêutica clínica e ocupacional estabelecida.

b) Teria que comparecer perante os Serviços de Reinserção Social sempre que convocado e submeter-se às orientações por esta entidade transmitidas.

Tal como referido anteriormente, o doente frequenta atualmente o Serviço de Reabilitação do HML nas atividades de cerâmica e culinária, ocupando todas as manhãs da semana. O resto do tempo passa-o a ver televisão e a deambular pela cidade. Os únicos laços familiares que mantém são com a sua irmã, com a qual almoça ao fim de semana. Não tem qualquer contacto com os seis filhos, os quais cortaram relações desde a morte da sua mãe. Os únicos amigos que tem são os utentes e a equipa do Serviço de Reabilitação.

7.3.1 Perturbações delirantes (Psicoses paranóides) – Abordagem teórica

As entidades desta categoria “residual” de psicoses têm recebido uma variedade de designações. O termo coletivo preferido é *perturbação delirante*, embora *psicose paranóide* ainda seja utilizada. Muitos doentes têm uma psicose sem perturbação do humor ou estado físico geral subjacentes, mas não satisfazem os critérios para esquizofrenia. As ideias delirantes persecutórias são a característica principal ao passo que as alucinações são raras e a personalidade permanece intacta. Estas perturbações dividem-se nos tipos agudo e crónico (persistente).

Perturbação delirante aguda

Estes estados caracterizam-se pelo seu início agudo, aspetos clínicos e rápida remissão. Estão presentes ideias delirantes persecutórias múltiplas e transitórias, bem como sensação de perplexidade ou desconfiança e humor lábil. Podem ser causadas por substâncias ou ser secundárias a um *stress* extremo, donde derivam os antigos nomes de *psicose psicogénica* e *psicose reativa breve*.

Perturbação delirante persistente

É aquela que dura mais de três meses. As ideias delirantes são sistematizadas, isto é, são estáveis e combinadas num sistema complexo, concentrando-se muitas vezes em alegadas e plausíveis injustiças. O doente pode envolver-se em processos judiciais ou em vinganças ocasionais, pelo que é importante questioná-lo sobre pensamentos de agressão e hostilidade. Muitas vezes, as ideias delirantes estão encapsuladas. O resto do estado mental pode nada apresentar de notável, a ponto de, se o sistema delirante não for detetado, nenhuma características anormais podem ser extraídas. Por este motivo, a perturbação pode manter-se durante anos sem ser reconhecida, tornando-se difícil de distinguir da perturbação paranóide da

personalidade. O início ocorre em geral na meia-idade e tendo como fatores de risco o isolamento social, a surdez e os traços paranóides da personalidade.

Variantes específicas das perturbações delirante persistente

Devido à sua importância clínica e pertinência para o caso clínico acima descrito são mencionadas as seguintes variantes:

- O delírio de ciúme é comum e potencialmente perigoso. O doente, geralmente do sexo masculino, tem a crença delirante de que o seu companheiro lhe é infiel. Pode entregar-se a extensas elaborações para o provar e não se convencer de que está enganado perante evidências em contrário. Pode ameaçar e atacar o companheiro ou uma terceira pessoa. Habitualmente a celotipia é um sintoma de depressão psicótica, de esquizofrenia ou de psicose alcoólica ou demência, mas pode também observar-se isoladamente. Os riscos colocados por este sintoma, e por outras psicoses com ideias delirantes persecutórias com potencial para atos violentos, podem ocasionalmente anular o sigilo médico, e por isso a potencial vítima pode ser avisada. É sempre imperiosa a avaliação completa do risco.
- A psicose hipocondríaca monossintomática (perturbação delirante somática) é a crença delirante de que a pessoa tem uma doença ou deformidade. Pode levar a uma prolongada procura de tratamentos médicos e cirúrgicos inapropriados e deve ser distinguida da hipocondria e da dismorfofobia.
- Na síndrome de *De Clérembault* (erotomania), o doente, habitualmente do sexo feminino e solteira, tem a crença delirante de que um homem de elevada posição (estrela *pop*, artista de cinema ou mesmo o seu psiquiatra) está apaixonado por ela.
- Na *folie à deux*, duas pessoas, muitas vezes irmãs isoladas socialmente, partilham as mesmas ideias delirantes. Uma delas é genuinamente psicótica, e a outra é “induzida” a tornar-se psicótica. A recuperação é espontânea, na maior parte das vezes, quando são separadas.

Gestão e prognóstico das perturbações delirantes

As perturbações delirantes, como todas as psicoses, respondem habitualmente aos fármacos Antipsicóticos. As do tipo agudo remitem muitas vezes no espaço de alguns dias, especialmente se o *trigger* for eliminado. Em regra a recuperação é completa, embora possam ocorrer recaídas, pelo que a medicação deve continuar durante alguns meses. As perturbações do tipo persistente podem mostrar-se resistentes ao tratamento e durarem anos. Ao contrário da esquizofrenia, raramente ocorrem sintomas negativos.

8. Reflexão

Após o caminho percorrido é inegável a importância desta experiência para a minha formação pessoal e profissional. Ao ser-me permitido o contacto direto com o verdadeiro trabalho de um psiquiatra, confrontei a informação teórica abordada em anos anteriores com a realidade prática e, pela primeira vez, tive a real perceção do papel da Psiquiatria na sociedade atual.

Espero sinceramente poder aplicar no futuro todos os conhecimentos adquiridos e não esquecer que um doente mental pode surgir a qualquer médico, independentemente da sua especialidade e nos mais diversos contextos. Nestas situações, o clínico deverá ser capaz de avaliar, diagnosticar e referenciar o doente de forma célere, assegurando um tratamento eficaz e digno.

9. Bibliografia

- 1.** Ballone, G.J., Ortolani, I.V., Da Emoção à Lesão, ed. Manole, SP, 2a. Ed., 2007;
- 2.** Cordeiro, J.C.D., Manual de Psiquiatria Clínica, Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª Edição, Lisboa, 2002;
- 3.** Archinard, M., et al, Medicina Psicossomática – perspectivas psicossociais, Climepsi Editores, Lisboa, 1998;
- 4.** Harrisson, P., Geddes, J., Sharpe, M., Guia prático Climepsi de Psiquiatria, Climepsi Editores, Lisboa, 2006;
- 5.** Trzepacz, P.T., Baker, R.W., Exame psiquiátrico do estado mental, Climepsi Editores, Lisboa, 2001;
- 6.** Barahona, H.J., Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental I : O Homem Perturbado, 1998, Fundação Calouste Gulbenkian, p.120;
- 7.** American Psychiatric Association, Perturbações da personalidade, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, p. 345 - 428;
- 8.** Sadock, B.J., Sadock, V.A., Schizophrenia, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p. 468-488;
- 9.** American Psychiatric Association, Perturbações da personalidade, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto;
- 10.** Harper, P.S., The epidemiology of Huntinton's disease, Hum. Genet., 1992, 89: 365-376;

- 11.** Turjansky, N., Weeks, R., Dolan, R., Harding, A.E., Brooks, D.J., Striatal D1 and D2 receptor binding in patients with Huntington's disease and others choreas, a PET study, *Brain*, 1997, 120:503-514;
- 12.** Amann, B., Sterr, A., Thoma, H., Messer, T., Kapfhammer, H.P., Grunze, H., Psychopathological changes preceding motor symptoms in Huntington's disease: a report on four cases, *World J Biol Psychiatry*, 2000, 1:55-58;
- 13.** Martin, J.B., Huntington's disease: New approaches to an old problem, *Neurology*, 1984, 34:1059-1072;
- 14.** Moss, R.J., Mastri, A.R., Schut, L.J., Coexistence and Differentiation of late onset Huntington's disease and Alzheimer's disease: a case report and review of the literature, *Journal of the American Geriatric Association*, 1988, 36:237-241;
- 15.** Myers, R.H., Vonsattel, J.P., Stevens, D.J., Cupples, L.A., Richardson, E.P., Clinical and Neuropathological assessment of severity in Huntington's disease, *Neurology*, 1988, 38:341-347;
- 16.** Huntington, J., On chorea, *Med. Surg. Rep.*, 1872, 26:317-321;
- 17.** Vonsattel, J.P., Difiglia, M., Huntington's disease (review), *J. Neuropathol. Exp. Neuro.*, 1998, 57:369-384;
- 18.** Middleton, F.A., Strick, P.L., Basal ganglia and cerebellar loops: motor and cognitive circuits, *Brain Res. Rev.*, 2000, 31:236-250;
- 19.** Slaughter, J.R., Martens, M.P., Slaughter, K.A., Depression and Huntington's disease: prevalence, clinical manifestations, etiology and treatment, *CNS Spectrums*, 2001, 6:306-326;
- 20.** Folstein, S., Abbot, M.H., Chase, G.A., Jensen, B.A., Folstein, M.F., The association of affective disorder with Huntington's disease in case series and in families, *Psychol. Med.*, 1983, 13:537-542;
- 21.** Mendez, M.F., Huntington's disease: update and review of Neuropsychiatric aspects, *Int. J. Psychiatry Med.*, 1994, 24:189-208;

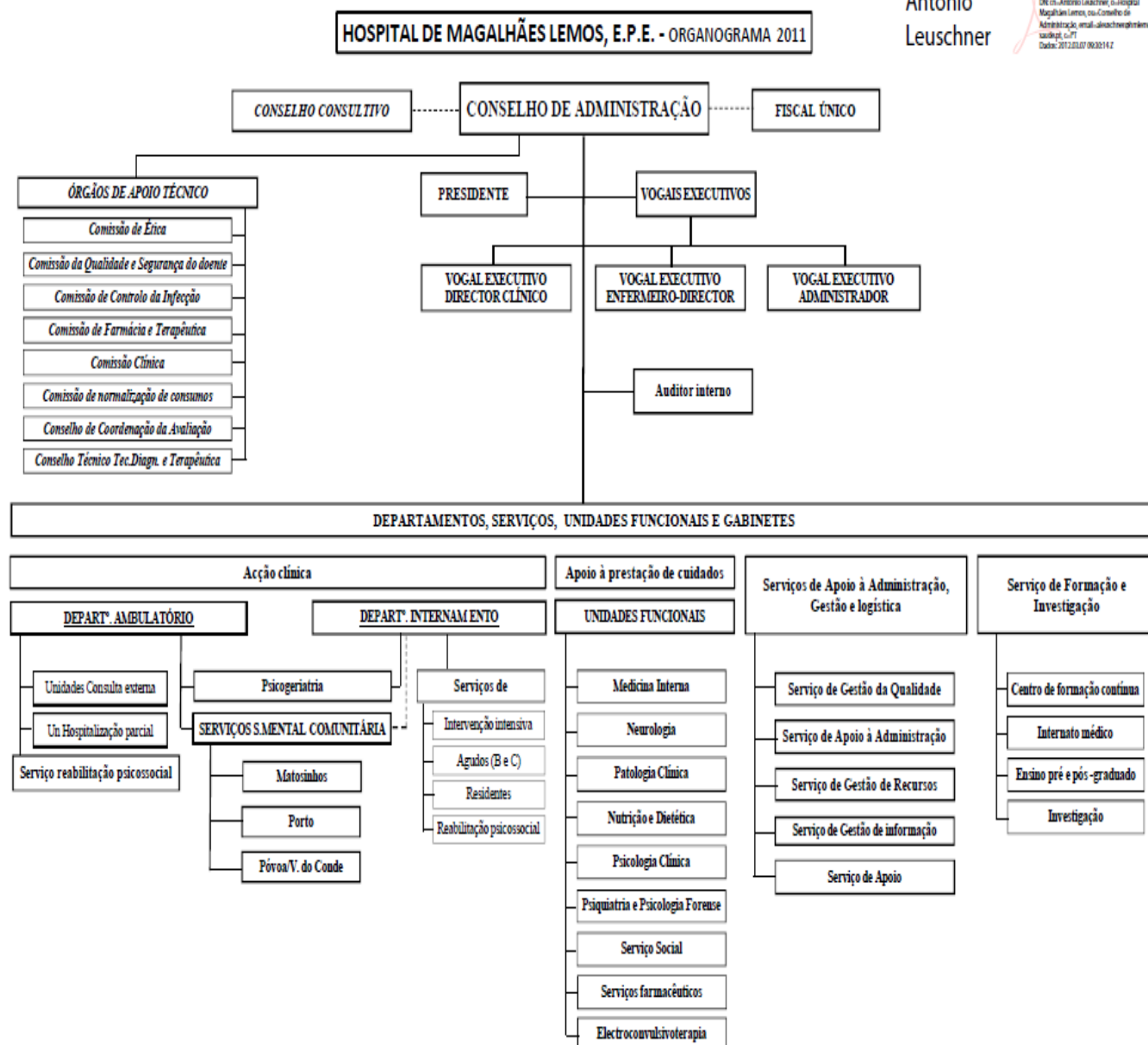
- 22.** Folstein, S.E., Huntington's disease: a disorder of families, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, USA, 1989:251;
- 23.** Marder, K., Zhao, H., Myers, R.H., et al, Rate of functional decline in Huntington's disease, Huntington study group, Neurology, 2000, 54:452-458;
- 24.** Dewhurst, K., Oliver, J.E., Mcknight, A.L., Socio-psychiatric consequences of Huntington's disease, Br. J. Psychiatry, 1970;
- 25.** Oliver, J.E., Huntington's chorea in Northamptonshire, Br. J. Psychiatry, 1970, 116:241-253;
- 26.** Santana, I., Cunha, L., Demência – Manual para Médicos, Lisboa, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra;
- 27.** Bonelli, R.M., Hofmann, P., A review of the treatment options for Huntington's disease, Expert Opin. Pharmacother, 2004, 5(4):767-776;
- 28.** American Psychiatric Association, Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas, DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, Climepsi Editores, 4ª edição, texto revisto, p. 326;
- 29.** Sadock, B.J., Sadock, V.A., Delusional disorder and Shared psychotic disorder, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 2007, Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edição, p.505;
- 30.** Majeroni, B.A., Hess, A., The pharmacologic treatment of depression, J. Am. Board Fam. Pract., 1998, Mar, 11:2, 127-39;

10. Anexos

10.1 Anexo 1

António
Leuschner

Autógrafa de forma digital por António Leuschner
DN: cn=António Leuschner, ou=Hospital
Magalhães Lemos, ou=Conselho de
Administração, email=aleuschner@hmagalhães.ips-
vaia.pt, c=PT
Data: 2017.03.07 09:32:14 Z



10.2 Anexo 2

Categoria terapêutica, propriedades e indicações de cada um dos fármacos prescritos nos casos clínicos.

O **Haloperidol** é um neuroléptico do grupo das butirofenonas. Para além da indicação para tratamento dos sintomas psicóticos, pode ser usado para evitar náuseas e vômitos de qualquer origem e para controlar a agitação e agressividade devido a outras perturbações psiquiátricas. A dose varia entre 5 e 15mg por dia, podendo chegar a 100mg diários. A elevação da dose deve ser gradual, respeitando intervalos de 7 dias aproximadamente, entre uma e outra elevação. Os efeitos sobre o sistema motor, como o aumento da tensão muscular, a inquietação e a discinésia são os principais efeitos colaterais, sendo a síndrome neuroléptica maligna a mais grave e rara destes.

O **Diazepam** é um tranquilizante do grupo dos benzodiazepínicos. A sua principal indicação é o tratamento dos transtornos de ansiedade. Outras indicações comuns são para as complicações relacionadas ao alcoolismo como o controle da abstinência alcoólica e do *delirium tremens*. A dose deve ser ajustada de acordo com cada paciente, ou seja, a medicação deve promover o máximo de conforto (tranquilização) com o mínimo de efeitos colaterais. Os principais efeitos colaterais são sonolência, tonturas, perdas de memória, fadiga, leve queda da pressão arterial; estes efeitos são referidos por menos de 10% dos pacientes.

A **Quetiapina**, um neuroléptico do grupo dibenzotiazepina. As suas principais indicações são o tratamento da esquizofrenia e do transtorno do humor bipolar tanto em fases maníacas como depressivas. A dose de início depende da patologia psiquiátrica a ser tratada. Os principais efeitos colaterais são xerostomia, sonolência e tonturas; outros efeitos podem surgir, mas costumam diminuir ao longo do tratamento.

O **Lorazepam** é uma benzodiazepina que possui como principal propriedade a inibição leve de alguns sectores do SNC, proporcionando relaxamento muscular, sedação e efeito tranquilizante. Está indicado principalmente como ansiolítico e para o tratamento da insónia, assim como no

distúrbio bipolar, na claustrofobia e como coadjuvante da terapia antidepressiva. Os principais efeitos colaterais são sonolência, Ataxia, Hipotensão, Depressão respiratória, fadiga, cefaleia e tonturas. O uso de benzodiazepinas pode causar dependência física e psicológica. Em estudos recentes, foi comprovado que o Lorazepam possui maior potencial de dependência em relação a outras benzodiazepinas; porém, o seu índice de dependência é relativamente menor em comparação a outros hipnóticos e é reduzido quando o Lorazepam é utilizado na dose adequada em tratamento a curto prazo.

A **Trazodona** é um antidepressivo diferente dos mais usados (tricíclicos, IMAO ou inibidores da recaptação da serotonina); derivado das triazolopiridinas, o seu mecanismo de ação ainda não foi suficientemente esclarecido. Indicado como antidepressivo para depressões de longa ou curta duração, pode também auxiliar como indutor do sono e tranquilizante. A dose recomendada varia entre 50 e 150mg, podendo ser elevada até 400mg.

Haldol Decanoato é o **haloperidol** sob a forma injetável e com um tempo de ação mais prolongado. Permite assim níveis mais estáveis de fármaco circulante, um melhor controlo da clínica e assegura a adesão à terapêutica.

A **Risperidona** é um neuroléptico do grupo benzisoxazol. A sua principal indicação é o tratamento de sintomas psicóticos. As apresentações orais de 1, 2 e 3mg facilitam o uso, na maioria dos casos uns a dois comprimidos por dia são suficientes (2 a 6mg/dia). A dose será definida pelos benefícios alcançados pelo paciente. Os principais efeitos colaterais são insónia, sedação, cefaleia, inquietação e ansiedade.

O **Biperideno** é um fármaco anticolinérgico utilizado no tratamento da doença de Parkinson e no controlo dos efeitos colaterais dos antipsicóticos. A dose depende da quantidade de antipsicótico administrada ao paciente, bem como a sensibilidade aos efeitos motores provocados pelos antipsicóticos. Geralmente os psiquiatras recomendam que seja tomado juntamente com o antipsicótico; a dose varia entre 6 e 12mg por dia. Os principais efeitos laterais são xerostomia, obstipação e visão turva. No caso de confusão mental, a administração deverá ser suspensa.

A **Clomipramina** é um antidepressivo tricíclico, indicado no tratamento da depressão, de sintomas obsessivos e das crises de pânico. Uma outra situação frequentemente usada é a dor crônica que associada a analgésicos obtém bons resultados. A principal limitação dessa medicação está nos efeitos colaterais que muitas vezes não são tolerados pelos pacientes (xerostomia, obstipação, aumento do apetite, diminuição da libido, cefaleias). A dose média recomendada são 100mg/dia, podendo chegar a 250mg ou 300mg caso os efeitos colaterais sejam bem tolerados pelo paciente e os benefícios justifiquem essa dose.

O **Clonazepam** é um tranquilizante do grupo das benzodiazepinas. Eficaz no controle da Fobia Social, do Distúrbio do Pânico, das formas de ansiedade generalizada e para ajudar a controlar os sintomas de ansiedade. A dose varia entre 0,5 e 6mg por dia, podendo chegar a 20mg por dia em certos casos. Efeitos comuns das benzodiazepinas, como sedação, tonturas, perda de memória e fadiga podem ser verificados, assim como diminuição da libido (este efeito colateral desaparece quando a medicação é suspensa).